

United States Bankruptcy Court
District of Puerto Rico
In the matter of Peter Robinson Lopez
Debtor

Rio Rico Farm Credit, A/C a
nowast Case No
Peter F Robinson Lopez 94-0403 ~~7~~
Respondents

10 MAR 25 PM 1:07
U.S. BANKRUPTCY COURT
FOR THE DISTRICT OF
PUERTO RICO

RECEIVED AND FILED

Motion

I Maria M. Lopez Vda. Robinson
Mother of the deceased son.

That money belong to me

I am needing it badly
I hope to get soon to

~~\$446~~ \$16,004. I hope

to God will help me
since this true and mch
but the truth.

17

Shannon Postcard

797-760-2764 Tel.

Maria M. Lopez Lopez
V de M. de la

Calle Urquiza 572

Trujillo Alto P.R. 00 976
2714

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO (COMMONWEALTH OF PUERTO RICO)

DEPARTAMENTO DE SALUD (DEPARTMENT OF HEALTH) REGISTRO DEMOGRAFICO (DEMOGRAPHIC REGISTRY) CERTIFICACION DE DEFUNCION (CERTIFICATION OF DEATH)



NUMERO DE AREA (Area Number) 152	AÑO (Year) 1998	NUMERO DE REGISTRO (Register Number) 0272	NUMERO DE CERTIFICADO (Certificate Number) 3623	3918-98	NUMERO DE DEFUNCION (Death Number) 22838
1. Lugar de Defunción (Place of death) a. Municipio: Rio Piedras		b. Barrio: Se ignora		1. c. Lugar (Cortejo sólo una) <input type="checkbox"/> Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Muerto al llegar (DOA) <input type="checkbox"/> Ambulatorio (o Emerg.) (Outpatient/ER) <input type="checkbox"/> Hospitalizado (Inpatient) Otros: <input type="checkbox"/> Casa de Salud <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Hogar	
d. Si en Hospital u Otro Centro (Hospital or Other Institution) Especificar: donde (Nombre del Hospital, institución, etc.) Si no fue en Hospital, indicar dirección exacta. Indique si fue en un hogar: Carr 176 Interior auto		e. Tiempo de Estada (en ese municipio) Se ignora		2. Residencia Habitual del Fallecido (¿Dónde vivía? Si en una institución: Residencia antes de ingresar en la misma). a. Municipio: Trujillo Alto, P.R. c. Barrio: Round Hills	
f. Tiempo de Estada (en Hospital o institución)		1. Dirección (Si Urbana - Calle y Número) Calle Orquidia # 572		e. Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
3. Nombre y apellidos del fallecido (Deceased Name) PETER FREDERICK ROBINSON LOPEZ			4. Hora y Fecha de la Defunción Death-Time, Date: Hora: A Mes: Oct Día: 23 Año: 1998		9. Último grado escolar completado: Elemental, Intermedia o Secundaria (8-12): 2 Colegio Universitario (14-65): 2
5. Sexo Varon	6. a. Estado Civil (Marital Status) Nunca se casó <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/>	6. b. Nombre del Conyuge: Igdalia Nuñez Malendez	7. Fecha de Nacimiento Mes: Oct Día: 23 Año: 1953		8. Edad (en años) 45
10. a. Ocupación Habitual (trabajo realizado durante la mayor parte de su vida. No use el término "Soldador") Ejercito		10. b. Clase de Industria o Negocio 1906		10. c. Fecha en que trabajó por última vez 1998	
10. d. Años que trabajó en esta ocupación 15 años		11. Natural de: Municipio: Arecibo Estado o País: P.R.		12. Ciudadano de: E.U.A.	
14. Nombre y apellidos del Padre (Father's Name) Vance Le Roy Robinson			15. Nombre y apellidos de la madre (Mother's Maidenname) Maria Lopez Lopez		
14. e. Natural de: Municipio: Rafael Estado o País: Kansas		15. e. Natural de: Municipio: Trujillo Alto Estado o País: P.R.		16. e. Relación con el Fallecido: Madre	
16. ¿Pertenece el Fallecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		17. Número de Seguro Social Se ignora		18. Dirección Exacta del Informante: Calle Orquidia 572 - Round Hills,	
19. a. A mi mejor entender la muerte ocurrió en la hora, fecha y lugar arriba indicado. Firma: Trujillo Alto Título: Trujillo Alto		19. b. Nombre del Informante: Maria Lopez Lopez		19. c. Fecha de la Firma: Oct 23 1998	
20. CAUSA DE MUERTE Escriba una sola causa de muerte (a), (b), (c) y (d). Causa de la muerte. Indique en orden las condiciones que condujeron a la causa de muerte. CAUSA INMEDIATA (enfermedad o condición final que llevó a la muerte) LACERACION Y PERFORACION DE ORGANOS debido a: HERIDAS DE BALA debido a: CAUSA PRE-EXISTENTE (enfermedad o lesión) que incluyó los eventos que llevaron a la muerte.					
21. ¿Fue la defunción en un hogar o en un lugar público? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No					
22. Número del récord Médico:					
23. ¿Se practicó Autopsia? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
24. Institución donde se hizo la autopsia: I.C.F.					
25. ¿Se refirió al fiscal? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No					
26. a. Fecha de la operación, si la hubo: Oct 23 1998		26. b. Hallazgos más importantes de la operación: Se ignora		27. a. Tipo de muerte: <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> accidente <input type="checkbox"/> suicidio <input checked="" type="checkbox"/> homicidio <input type="checkbox"/> pendiente de investigación <input type="checkbox"/> no pudo determinarse	
27. b. Lugar donde ocurrió la lesión (hogar, oficina, fábrica, calle, etc.): interior auto		27. c. ¿Ocurrió mientras trabajaba? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		27. d. ¿Cómo ocurrió la lesión? Fue herido con un arma	
28. b. NO asistió al fallecido y ésta Certificación se hace a base de información suministrada por el fallecido. Autopsia en su carácter de Patólogo Forense					
29. a. Médico que Certifica: Nombre: Francisco Cortes MD Firma: Francisco Cortes		29. b. Número de Licencia del Médico que Certifica: 7698		29. c. Dirección Exacta del Médico que Certifica: I.C.F.	
30. a. Entierro: <input checked="" type="checkbox"/> Sepelio <input type="checkbox"/> Otros (especificar): Traslado: <input checked="" type="checkbox"/> Cremación: <input checked="" type="checkbox"/>		30. b. Fecha: Mes: Oct Día: 23 Año: 1998		30. c. Nombre del cementerio o crematorio: Celestium crematary	
30. d. Dirección: Carolina, P.R.		31. Será completado por AGENTE FUNERARIO o ENCARGADO DEL ENTIERRO: a. Certificado: <input type="checkbox"/> fue embalsamado <input type="checkbox"/> no fue embalsamado b. Nombre agente funerario: Rio Piedras, P.R.		32. a. ¿Fue embalsamado? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No b. Nombre del embalsamador: Se ignora c. Número de licencia: Se ignora d. Firma: Se ignora	
33. Color o Raza del fallecido: <input checked="" type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Otro		34. Fecha del Registro: Mes: NOVIEMBRE Día: 20 Año: 1998			
35. Firma del Registrador: Wanda J. Valente					

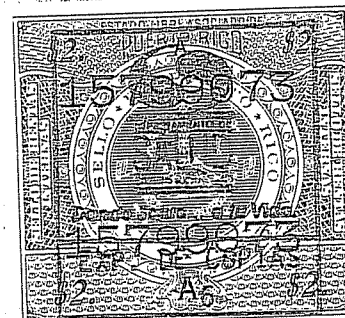
ESTE ES UN ABSTRACTO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION OFICIALMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO DEMOGRAFICO DE PUERTO RICO BAJO LA AUTORIDAD CONFERIDA POR LA LEY 24 DEL 22 DE ABRIL DE 1931

THIS IS AN ABSTRACT OF THE RECORD FILED IN THE DEMOGRAPHIC REGISTRY OF PUERTO RICO ISSUED UNDER THE AUTHORITY OF LAW 24, APRIL 22, 1931

SECRETARIO DE SALUD
(SECRETARY OF HEALTH)

DIRECTOR REGISTRO DEMOGRAFICO
(STATE REGISTRAR)

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO



Dando Sa... a tu Vida.

ADVERTENCIA: Cualquier alteracion o borradura cancela esta certificación.

WARNING: Any alteration or erasure voids this certification.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL SUPREMO
OFICINA DE LA DIRECTORA DE INSPECCION DE NOTARIAS
SAN JUAN, PUERTO RICO

REGISTRO DE TESTAMENTOS

CERTIFICACION NEGATIVA

Yo, LCDA. CARMEN H. CARLOS, Directora de Inspeccion de Notarias del Tribunal Supremo De Puerto Rico, a tenor con las disposiciones del Articulo 74 de la Ley Notarial numero 75 de 2 de julio de 1987, (4LPRA 2124).

CERTIFICO: Que del Registro de Testamentos que se lleva en esta oficina no aparece que: PETER FREDERICK ROBINSON LOPEZ.....

de quien se suministra informacion en la solicitud que da origen a este certificado, haya otorgado testamento alguno.

En testimonio de lo cual y a peticion DE LA SRA. MARIA M. LOPEZ LOPEZ.....

expido la presente

DERECHOS CANCELADOS

San Juan, Puerto Rico
A:10 de mayo de 2005


Directora de Inspeccion de Notarias
Tribunal Supremo de Puerto Rico

Num. 2005-015625

Por:


Oficial Autorizado